

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Paipa nos mueve Un Hospital que construimos todos ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA	NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD	VERSIÓN	01
	INFORME	FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
PÁG. 1 DE 22			

INFORME DE EVALUACION DE GESTION POR DEPENDENCIAS PRIMER SEMESTRE VIGENCIA 2026 DE LA E.S.E SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA

1. OBJETIVO

Presentar informe de Gestión por dependencias medir, verificar y analizar el grado de cumplimiento de las metas, planes de acción, indicadores y proyectos de cada proceso de gestión, de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Paipa para de la vigencia 01 de enero al 30 de junio de 2026.

2. ALCANCE

Inicia con la consolidación, análisis y seguimiento, comprende la revisión, análisis y verificación del grado de cumplimiento de las metas, planes de acción, ejecución presupuestal y desempeño operativo de cada una de las procesos de gestión, durante el primer semestre de 2026 y termina con el análisis de desempeño de cada grupo de estándares frente a las acciones programadas para la vigencia, determinando la calidad observada frente a la esperada según evidencias.

3. PROCESOS INVOLUCRADOS

Equipo de autoevaluación de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Paipa.

4. SOPORTES

Resolución 2082 del 29 de mayo 2014: Por la cual se dictan disposiciones para la operatividad del Sistema Único de Acreditación en Salud.

Resolución 5095 del 19 de noviembre 2018: Por la cual se adopta el “Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia versión 3.1”.

Resolución 1328 del 30 de agosto 2021: Por medio de la cual se modifica el artículo 1 de la Resolución 5095 de 2018, en el sentido de adoptar los “Estándares de acreditación para instituciones prestadoras de servicios de salud con énfasis en servicios de baja complejidad”.

Resolución No. 200-200-04-01-0002 del 08 de enero de 2026. “Por medio de la cual se realiza ajuste a la conformación de equipos de mejoramiento continuo de la calidad de la

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA	NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD	VERSIÓN	01
	INFORME	FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
PÁG. 2 DE 22			

E.S.E Hospital San Vicente de Paúl de Paipa y se deroga la Resolución 200-04-01-0037 del 17 de marzo del 2025.

Procedimiento para la Autoevaluación y Seguimiento de actividades de mejora, código E-GC-P-002-201 versión 4 aprobado el 20 de octubre del 2025.

5. DESARROLLO

La consolidación del informe se realizó acorde a lo establecido en el procedimiento Autoevaluación y Seguimiento de actividades de mejora, código E-GC-P-002-201 versión 4 aprobado el 20 de octubre del 2025 de la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Paipa.

Acorde a lo establecido en el procedimiento se analizó por cada grupo de estándares el número de acciones de acuerdo al avance en que se encuentre, en el momento del seguimiento.

Los estados registrados en los respectivos seguimientos son:

COMPLETO: Actividades que para la fecha del corte su desarrollo es total

EN DESARROLLO: Actividades que para la fecha de corte aún se están ejecutando, y por cronograma esta actividad aún no se ha finalizado

ATRASADO: Actividades que para la fecha de corte aún no se han terminado o están en ejecución pero que por cronograma debían haber terminado su ejecución.

NO INICIADO: Actividades que, para la fecha de corte, según cronograma aún no han iniciado su ejecución.

5.1. OPORTUNIDADES Y ACCIONES E MEJORA PARA EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN

Se verifica el cumplimiento de las actividades a ejecutar para el primer semestre de la vigencia del PAMEC 2026, para el Equipo de Autoevaluación Direccionamiento y Gerencia, se establecieron 171 oportunidades de mejora; oportunidades priorizadas y 508 acciones de mejora distribuidas para su ejecución y evaluación en períodos trimestrales.

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Paipa nos une Un Hospital que construimos todos ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
PÁG. 3 DE 22				

Tabla No. 1: OPORTUNIDADES DE MEJORA POR EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN

CALIFICACIÓN EQUIPOS DE AUTOEVALUACIÓN				
GRUPO DE ESTANDARES	CALIFICACIÓN	OPORTUNIDADES MEJORA	OPORTUNIDADES PRIORIZADAS	ACCIONES DE MEJORA
Proceso de Atención al Cliente Asistencial (PACAS)	2,38	76	49	256
Direccionamiento	2,40	12	8	32
Gerencia	2,23	21	10	48
Gerencia del Talento Humano	1,61	16	12	54
Gerencia del Ambiente Físico	1,70	14	11	60
Gestión de la Tecnología	1,83	10	6	30
Gerencia de la Información	1,82	17	4	16
Mejoramiento de la Calidad	1,84	5	3	12
Total	1,98	171	103	508

Tabla No. 2: Acciones de mejora por trimestre de cada equipo de autoevaluación:

EQUIPO AUTOEVALUACIÓN	1°	2°	3°	4°	TOTAL
Proceso de Atención al Cliente Asistencial (PACAS)	66	53	18	119	256
Direccionamiento	8	1	1	22	32
Gerencia	12	3	0	33	48
Gerencia del Talento Humano	12	11	8	23	54
Gerencia del Ambiente Físico	6	15	13	26	60
Gestión de la Tecnología	8	7	5	10	30
Gerencia de la Información	4	4	3	5	16
Mejoramiento de la Calidad	2	3	2	5	12
Total	118	97	50	243	508

5.2. EQUIPO DE AUTOEVALUACION DEL DIRECCIONAMIENTO Y GERENCIA

Para el grupo de estándares del Direccionamiento se priorizan 8 oportunidades de mejora y 32 acciones de mejora a ejecutar en la vigencia 2026, en la siguiente tabla se relaciona el número de acciones a ejecutar por trimestre.

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Un Hospital que construimos todos ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 4 DE 22	

Tabla No.3. Acciones a ejecutar por el equipo direccionamiento por trimestres

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
	ENERO A MARZO	ABRIL A JUNIO	JULIO A SEPTIEMBRE	OCTUBRE A DICIEMBRE	
Direccionamiento	8	1	1	22	32

Se verifica el cumplimiento de las actividades a ejecutar para el segundo trimestre de la vigencia del PAMEC 2026, para el Equipo de Autoevaluación de Direccionamiento, se encuentra:

Tabla No. 4. Avance segundo trimestre vigencia 2026 Direccionamiento

ESTADO DE AVANCE	Direccionamiento	
	No. Acciones	%
COMPLETO	9	100%
EN DESARROLLO	0	0%
ATRASADO	0	0%
NO INICIADO	0	0%
PORCENTAJE DE EJECUCION	100%	
TOTAL, DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA EL SEGUNDO TRIMESTRE VIGENCIA2026	9	

Revisado los resultados se concluye que a corte 30 de junio del 2026 se evidencia un avance de PAMEC para el equipo de autoevaluación de Direccionamiento del 100%.

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA	NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD	VERSIÓN	01
	INFORME	FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
PÁG. 5 DE 22			

5.3. EQUIPO DE ESTÁNDARES DE EQUIPO DE AUTOEVALUACION DE GERENCIA

Para el grupo de estándares de Gerencia se priorizan 10 oportunidades de mejora y 48 acciones de mejora a ejecutar en la vigencia 2026, en la siguiente tabla se relaciona el número de acciones a ejecutar por trimestre.

Tabla No.5. Acciones a ejecutar por el equipo Autoevaluación de Gerencia

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
	ENERO A MARZO	ABRIL A JUNIO	JULIO A SEPTIEMBRE	OCTUBRE A DICIEMBRE	
Gerencia	12	3	0	33	48

Evaluados los resultados se verifica el cumplimiento de las actividades a ejecutar para el segundo trimestre de la vigencia del PAMEC 2026, para el Equipo de Autoevaluación de Gerencia, se encuentra:

Tabla No. 6. Avance segundo trimestre vigencia 2026 Autoevaluación de Gerencia

ESTADO DE AVANCE	Gerencia	
	No. Acciones	%
COMPLETO	14	93%
EN DESARROLLO	0	0%
ATRASADO	1	7%
NO INICIADO	0	0%
PORCENTAJE DE EJECUCION	93%	
TOTAL, DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA EL SEGUNDO TRIMESTRE VIGENCIA2026	15	

A corte 30 de junio del 2026 se evidencia un avance de PAMEC para el equipo de autoevaluación de Gerencia del 93%. A continuación, se mencionan las actividades atrasadas:

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Paipa nos mueve Un Hospital que construimos todos ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
		PÁG. 6 DE 22		

Tabla No.7. Acciones a ejecutar por el equipo Autoevaluación de Gerencia

ID	Acción de mejora	Responsables	Estado a 30 de junio del 2026
1642	Planificar la identificación de los riesgos en la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl de Paipa, en los procesos estratégicos, de apoyo y misionales. Elaborar la matriz de identificación de riesgos y la formulación de sus controles	Andrea del Pilar Rodríguez Tobos- Líder Proceso Misional , Andrea Liliana Robles- Líder Farmacia, Leidy Johana González-Contadora , Arianna Andrea Adarme Barinas- Líder Contratación, Erika Rincón - Referente Seguridad del Paciente , Catherine Van Arcken Martínez- Gerente, Deisy Jimena Gutiérrez Pérez- Líder sistemas , Diana Lucero Rincón Sánchez- Líder Facturación, Diana Paola Granados Mesa- Líder Enfermería, Diego Humberto Solano Zambrano- Líder Recursos Físicos, Gloria Esther Agudelo Torres- Líder Planeación, Keily Corredor - Líder Medicina, Ivan Yesid Noval Vela- Líder Cartera, Laura Nayely Espitia Espitia- Líder consulta externa , Lizeth Mireya Sastoque Chia-Tesorerera, Luis Álvaro Larotta Vásquez- Control Interno, María Camila Molina Guzmán- Psicóloga, Nelly Nayibe Dallos Lara- Líder Calidad, Paola Andrea Cortes Paredes- Líder apoyo diagnóstico, Rubiela Vargas Rubio- Líder SIAU, Sandra Lucia Campuzano Pacheco-Líder Odontología , Santiago Eduardo Triana Monroy-Asesor jurídico, Dolly Esperanza Ayala Briceño- Líder SST, Cesar Augusto Puentes- Subgerente	Fecha Terminación: 30 de abril del 2026

5.4. EQUIPO DE ESTÁNDARES DEL PROCESO DE ATENCIÓN AL CLIENTE ASISTENCIAL

Para el grupo de estándares de proceso de atención al cliente asistencial se priorizan 49 oportunidades de mejora y 256 acciones de mejora a ejecutar en la vigencia 2026, en la siguiente tabla se relaciona el número de acciones a ejecutar por trimestre.

Tabla No.8. Acciones a ejecutar por el equipo Autoevaluación Atención Asistencial

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
	ENERO A MARZO	ABRIL A JUNIO	JULIO A SEPTIEMBRE	OCTUBRE A DICIEMBRE	
PACAS	66	53	18	119	256

Hecho el seguimiento de Autoevaluación se verifica el cumplimiento de las actividades a ejecutar para el segundo trimestre de la vigencia del PAMEC 2026, para el Equipo de Autoevaluación de proceso de atención al cliente asistencial, se encuentra:

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Un Hospital que construimos todos ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 7 DE 22	

Tabla No. 9 Avance segundo trimestre vigencia 2026 PACAS

ESTADO DE AVANCE	PACAS	
	No. Acciones	%
COMPLETO	116	45%
EN DESARROLLO	87	34%
ATRASADO	38	15%
NO INICIADO	15	6%
PORCENTAJE DE EJECUCION	45%	
TOTAL, DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2026 POR GRUPO DE ESTANDARES	256	

A corte 30 de junio del 2026 se evidencia un avance de PAMEC para el equipo de autoevaluación de proceso de atención al cliente asistencial del 45%. A continuación, se mencionan las actividades atrasadas:

1565	Implementar estrategia educativa que incluya política de seguridad del paciente, programa de seguridad del paciente y paquetes instruccionales.	Erika Rocio Rincon Martinez- Referente Seguridad del Paciente
	Evaluar el impacto de la implementación de la estrategia educativa que incluya política de seguridad del paciente, programa de seguridad del paciente y paquetes instruccionales, que promueva la participación activa de los colaboradores de áreas asistenciales.	Erika Rocio Rincon Martinez- Referente Seguridad del Paciente
1567	Socializar con una periodicidad trimestral el boletín informativo dirigido a colaboradores de la institución con los resultados de la gestión e implementación del programa de seguridad del paciente.	Erika Rocio Rincon Martinez- Referente Seguridad del Paciente

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Un Hospital que construimos todos ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 8 DE 22	

1843	Documentar el procedimiento de elaboración de cuadro de turnos y programación de agendas asistenciales y programación extramural donde se evidencie como la organización programa la atención de acuerdo con los tiempos de los profesionales y, para respetar el tiempo de los usuarios, realiza la programación teniendo en cuenta el tiempo que se requiera para la realización de cada uno de los procesos de atención; teniendo en cuenta la capacidad instalada, el análisis de demanda por servicios y los procesos de atención.	Andrea del Pilar Rodríguez Tobos- Líder Proceso Misional ,Sandra Patricia Suarez - Líder Servicio Farmaceutico, Diana Paola Granados Mesa- Líder Enfermería, Keily Corredor - Líder Medicina CE, Líder de Medicina de urgencias y hospitalización- Miguel Angel Paiba Lopez, Laura Nayely Espitia Espitia- Líder Consulta Externa , Maria Alejandra Perez Hurtado- Líder Talento Humano
	Socializar y evaluar el procedimiento de elaboración de turnos y programación de agendas asistenciales y programación extramural.	Andrea del Pilar Rodríguez Tobos- Líder Proceso Misional, Maria Alejandra Perez Hurtado- Líder Talento Humano
1579	Implementar la medición del Indicador de Tiempos de Espera en Consulta Externa de Odontología General.	Elix Baez - Líder odontología
	Definir acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas en el Indicador de Tiempos de Espera en Consulta Externa de Odontología General y socializar en comité de PACAS con una periodicidad Trimestral.	Elix Baez - Líder odontología
	Definir acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas en el Indicador de Tiempos de Espera en Consulta Externa de Medicina General y socializar en comité de PACAS con una periodicidad Trimestral.	Keily Corredor - Líder Medicina
	Implementar la medición del Indicador de Tiempos de Espera en Consulta Externa de Psicología.	María Camila Molina Guzmán- Psicologa
	Definir acciones de mejora frente a las desviaciones encontradas en el Indicador de Tiempos de Espera en Consulta Externa de Psicología y socializar en comité de PACAS con una periodicidad Trimestral.	María Camila Molina Guzmán- Psicologa
1848	Documentar Procedimiento de Información y educación al Usuario y su Familia donde se estandarice la información al usuario y su familia en los siguientes aspectos: • Personal clave que puede contactar en caso de necesidades de su atención o preocupación por los niveles de calidad provistos. • Rutinas referentes a horarios y restricciones de visitas y horarios de alimentación. • Medidas de seguridad, incluidos uso de alarmas, timbres de llamado y conducta ante una posible evacuación. • La secuencia de eventos e indicaciones acerca del sitio y del profesional o profesionales que realizarán el tratamiento.	Diana Paola Granados Mesa- Líder enfermería, Erika Rocio Rincon Martinez- Referente seguridad del paciente , Rubiela Vargas Rubio- Líder SIAU
	Crear lista de Chequeo que mida la adherencia al Procedimiento de Información y educación al usuario y su familia	Diana Paola Granados Mesa- Líder enfermería, Erika Rocio Rincon Martinez- Referente seguridad del paciente , Rubiela Vargas Rubio- Líder SIAU

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Paipa nos une Un Hospital que construimos todos ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 9 DE 22	

1891	Realizar Referenciación Comparativa en lo concerniente a Rutas de Cáncer con Institución Acreditada de Primer Nivel de Atención.	Laura Nayely Espitia Espitia- Líder Consulta Externa , Nelly Nayibe Dallos Lara- Líder Gestión de Calidad
	Realizar informe de Referenciación Comparativa en Rutas de Cáncer y generar acciones de mejora.	Laura Nayely Espitia Espitia- Líder Consulta Externa
1597	Implementar la medición de adherencia al Protocolo de Aislamiento a partir de la aplicación de la listas de chequeo de aislamiento.	Diana Paola Granados Mesa- Líder enfermería , Erika Rocio Rincon Martinez- Referente Seguridad del Paciente , Keily Corredor - Líder Medicina, Paola Andrea Cortes Paredes- Líder
	Socializar los resultados de la aplicación de la listas de chequeo de aislamiento con una periodicidad mensual en comité de infecciones y generar acciones de mejora acorde a las desviaciones encontradas.	Diana Paola Granados Mesa, Erika Rocio Rincon Martinez, Keily Corredor , Paola Andrea Cortes Paredes
1909	Socializar en equipo primario de odontología y evaluar el documento procedimiento entrega de recomendaciones pre y post procedimientos odontológicos para el paciente y su familia donde se incluya todos los procedimientos que se realizan en el hospital.	Elix Baez - Líder Odontologia
	Socializar informe de adherencia al procedimiento de recomendaciones previas y post- tratamiento por parte del usuario con una periodicidad mensual en comité primario de odontología y generar acciones de mejora de acuerdo a las desviaciones	Elix Baez - Líder Odontologia
1911	Realizar Referenciación Comparativa en Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud Odontológica y en mecanismos para involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico	Nelly Nayibe Dallos Lara- Líder Gestión de Calidad , Elix Baez - Líder Odontologia
	Realizar y socializar informe de Referenciación Comparativa en Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud y en mecanismos para involucrar al usuario como corresponsable de su cuidado oral y que contribuya al éxito del tratamiento odontológico y generar acciones	Elix Baez - Líder odontologia

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
			VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
PÁG. 10 DE 22				

1603	Socializar Resultados del Indicador de Porcentaje de Resultados Críticos de laboratorio reportados dentro del tiempo estándar en comité primario de Laboratorio Clínico y generar planes de mejora de acuerdo a las desviaciones encontradas.	Paola Andrea Cortes Paredes- Líder Apoyo Diagnostico
1609	Socializar y Evaluar el Programa uso racional de antibióticos PROA	Sandra Patricia Suarez - Líder Servicio Farmaceutico , Paola Andrea Cortes Paredes- Líder Apoyo Diagnostico
1921	Socializar resultados del indicador de adherencia a recomendaciones previas procedimiento toma de muestras con una periodicidad mensual en comité primario de laboratorio clínico y generar acciones de mejora según las desviaciones encontradas.	Paola Andrea Cortes Paredes- Líder Apoyo Diagnostico
1611	Socializar resultados de lista de chequeo mensual al personal asistencial encargado de la toma de muestras para análisis de laboratorio, Líder de enfermería urgencias socializa en comité primario de enfermería y líder de apoyo diagnostico en equipo primario laboratorio clínico.	Diana Paola Granados Mesa-Líder Enfermería , Paola Andrea Cortes Paredes- Líder Apoyo Diagnostico
	Definir acciones de mejora de acuerdo a resultados de la lista de chequeo para la supervisión de la toma de muestra sanguínea.	Diana Paola Granados Mesa-Líder Enfermería , Paola Andrea Cortes Paredes- Líder Apoyo Diagnostico
1924	Socializar los resultados del indicador de imágenes rechazadas que no cumplen con los criterios de calidad con una periodicidad mensual en comité de apoyo diagnóstico y generar acciones de mejora acorde a los resultados.	Paola Andrea Cortes Paredes- Líder Apoyo Diagnostico

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 11 DE 22	

1925	Implementar indicador de oportunidad de respuesta a interconsultas y generar acciones de mejora acorde a las desviaciones encontradas.	Andrea del Pilar Rodríguez Tobos- Líder Proceso Misional
1927	Implementar la medición de los Indicadores de adherencia a las GPC de medicina y GPC de odontología que se evalúen para el año 2026, socializarlos en comité de historias clínicas y generar acciones de mejora acorde a los resultados.	Andrea del Pilar Rodríguez Tobos- Líder Proceso Misional
1929	Medir el indicador de adherencia al Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, socializarlo en comité de salud mental y generar acciones de mejora acorde a las desviaciones encontradas.	María Camila Molina Guzmán- Psicologa
	Implementar la medición de adherencia a la lista de chequeo de adherencia al Protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.	María Camila Molina Guzmán- Psicologa
1934	Implementar estrategia para mejorar la adherencia al diligenciamiento de las historias clínicas y socializar los resultados en comité de historias clínicas, generar oportunidades de mejora acorde a las desviaciones encontradas.	Erika Rocio Rincon Martinez- Referente Seguridad del Paciente , Keily Corredor - Líder Medicina , Laura Nayely Espitia Espitia- Líder Consulta Externa , Elix Baez - Líder
1936	Implementar actualización del documento Procedimiento de paciente hiperfrecuentador generando informe trimestral el cual será socializado en comité de PACAS con una periodicidad trimestral y generar acciones de mejora acorde a los resultados.	Keily Corredor - Líder Medicina
1941	Implementar medición de indicadores de oportunidad y efectividad del Programa de Salud Oral, socializarlos en comité primario de odontología y generar acciones acorde a los resultados.	Elix Baez - Líder Odontologia

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 12 DE 22	

1944	Implementar medición de indicadores que evalúen la pertinencia clínica y la eficiencia de los trámites administrativos de las remisiones y generar acciones de mejora acorde a los resultados.	Andrea del Pilar Rodríguez Tobos- Líder Proceso Misional ,Keily Corredor - Líder Medicina
1945	Socializar protocolo de criterios de ingreso y egreso al servicio de hospitalización.	Diana Paola Granados Mesa- Líder Enfermería ,Keily Corredor - Lider Medicina
	Evaluar protocolo de criterios de ingreso y egreso al servicio de hospitalización.	Diana Paola Granados Mesa- Líder Enfermería , Keily Corredor - Lider Medicina
	Definir acciones de mejora según desviaciones encontradas en evaluación	Diana Paola Granados Mesa- Líder Enfermería , Keily Corredor - Lider Medicina
1648	Socializar el resultado de los indicadores del Proceso de Radiología con periodicidad mensual, en equipo primario de apoyo diagnóstico y definir acciones de mejora acorde a las desviaciones encontradas.	Paola Andrea Cortes Paredes- Líder Apoyo Diagnostico
1947	Documentar el proceso o mecanismo, al egreso del proceso de atención al usuario, para informar sobre los trámites que se deben realizar en caso de necesitar un proceso de remisión o solicitud de cita con otro prestador.	Paola Andrea Cortes Paredes- Líder Apoyo Diagnostico
1661	Implementar medición del Indicador de oportunidad del traslado a los servicios de internación y generar acciones de mejora acorde a las desviaciones encontradas.	Diana Paola Granados Mesa- Líder Enfermería

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 13 DE 22	

5.5. EQUIPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL TALENTO HUMANO

Para el grupo de estándares de Gerencia del Talento Humano se priorizan 12 oportunidades de mejora y 54 acciones de mejora a ejecutar en la vigencia 2026, en la siguiente tabla se relaciona el número de acciones a ejecutar por trimestre.

Tabla No.10. Acciones a ejecutar por el equipo Autoevaluación de Gerencia del Talento Humano

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
	ENERO A MARZO	ABRIL A JUNIO	JULIO A SEPTIEMBRE	OCTUBRE A DICIEMBRE	
GERENCIA TALENTO HUMANO	12	11	8	23	54

Evaluable el Equipo de Autoevaluación se verifica el cumplimiento de las actividades a ejecutar para el segundo trimestre de la vigencia del PAMEC 2026, para el Equipo de Autoevaluación Gerencia del Talento Humano, se encuentra:

Tabla No. 11. Avance segundo trimestre vigencia 2026 Gerencia del talento humano

ESTADO DE AVANCE	GERENCIA DEL TALENTO HUMANO	
	No. Acciones	%
COMPLETO	22	41%
EN DESARROLLO	10	19%
ATRASADO	2	4%
NO INICIADO	20	37%
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	41%	
TOTAL, DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2026 POR GRUPO DE ESTANDARES	54	

A corte 30 de junio del 2026 se evidencia un avance de PAMEC para el equipo de autoevaluación de Gerencia del Talento Humano del 41%. A continuación, se mencionan las actividades atrasadas:

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Un Hospital que construimos todos ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 14 DE 22	

Tabla No.12. Actividades atrasadas por el equipo Autoevaluación de Gerencia del Talento Humano

ID	Acción de mejora	Responsable	Estado a 30 de junio del 2026
1657	Desplegar las estrategias definidas en el plan de comunicaciones de la institución para fortalecer la comunicación vertical y horizontal en la entidad.	Heidy Luz Cosaria- Líder Comunicaciones	30 de septiembre del 2026
1719	Socializar y evaluar adherencia al conocimiento del plan estratégico de seguridad vial definido para la institución	Dolly Esperanza Ayala Briceño- Líder SST	30 de junio del 2026

5.6. EQUIPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO

Para el grupo de estándares de Gerencia del Ambiente Físico se priorizan 11 oportunidades de mejora y 60 acciones de mejora a ejecutar en la vigencia 2026, en la siguiente tabla se relaciona el número de acciones a ejecutar por trimestre.

Tabla No.13. Acciones a ejecutar por el equipo Autoevaluación de Gerencia de Ambiente Físico

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
	ENERO A MARZO	ABRIL A JUNIO	JULIO A SEPTIEMBRE	OCTUBRE A DICIEMBRE	
GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	6	15	13	26	60

Realizado el seguimiento se verifica el cumplimiento de las actividades a ejecutar para el segundo trimestre de la vigencia del PAMEC 2026, para el Equipo de Autoevaluación Gerencia de Ambiente Físico, se encuentra:

Tabla No.14. Avance segundo trimestre vigencia 2026 Gerencia del ambiente físico

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA	NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD	VERSIÓN	01
	INFORME	FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
		PÁG. 15 DE 22	

ESTADO DE AVANCE	GERENCIA DEL AMBIENTE FÍSICO	
	No. Acciones	%
COMPLETO	19	32%
EN DESARROLLO	11	18%
ATRASADO	4	7%
NO INICIADO	26	43%
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	32%	
TOTAL, DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2026 POR GRUPO DE ESTANDARES	60	

A corte 30 de junio del 2026 se registra un avance de PAMEC para el equipo de autoevaluación de Gerencia del Ambiente Físico del 32%. A continuación, se mencionan las actividades atrasadas:

Tabla No.15. Actividades atrasadas por el equipo Autoevaluación de Gerencia de Ambiente Físico

ID	Acción de mejora	Responsable	Estado a 30 de junio del 2026
1783	Revisar y actualizar el plan hospitalario de emergencias según normatividad legal vigente	Dolly Esperanza Ayala Briceño- Líder SST	30 de junio del 2026
1784	Revisar y actualizar el plan de hospitalario de emergencias donde se identifique que se encuentre el proceso de reubicación de usuarios ante una situación de emergencia. Identificación del usuario, comunicación a la familiar, transporte del usuario y adecuación de área.	Dolly Esperanza Ayala Briceño- Líder SST	30 de junio del 2026

 E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl Un Hospital que construimos todos ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
			VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
PÁG. 16 DE 22				

1785	Socialización y evaluación Protocolo de prevención y manejo de fuga o pérdida de pacientes a todos los colaboradores, en equipos primarios de urgencias, hospitalización y consulta externa.	Dolly Esperanza Ayala Briceño- Líder SST	30 de junio del 2026
1785	Socialización y evaluación Protocolo de prevención y manejo de fuga o pérdida de pacientes a todos los colaboradores, en equipos primarios de urgencias, hospitalización y consulta externa.	Diana Paola Granados Mesa- Líder enfermería, Laura Nayely Espitia Espitia- Líder consulta externa, Dolly Esperanza Ayala Briceño- Líder SST	30 de junio del 2026
1787	Socialización y evaluación Protocolo de prevención y manejo de fuga o pérdida de pacientes a todos los colaboradores, en equipos primarios de urgencias, hospitalización y consulta externa	Dolly Esperanza Ayala Briceño- Líder SST	30 de junio del 2026

5.7. EQUIPO DE ESTÁNDARES DE GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Para el grupo de estándares de Gestión de la Tecnología se priorizan 6 oportunidades de mejora y 30 acciones de mejora a ejecutar en la vigencia 2026, en la siguiente tabla se relaciona el número de acciones a ejecutar por trimestre.

Tabla No.16. Acciones a ejecutar por el equipo Autoevaluación de Gerencia de la Tecnología

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
	ENERO A MARZO	ABRIL A JUNIO	JULIO A SEPTIEMBRE	OCTUBRE A DICIEMBRE	
GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	8	7	5	10	30

Se verifica el cumplimiento de las actividades a ejecutar para el segundo trimestre de la vigencia del PAMEC 2026, para el Equipo de Autoevaluación Gestión de la Tecnología, se encuentra:

Tabla No. 17. Avance segundo trimestre vigencia 2026 gestión de la tecnología

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 17 DE 22	

ESTADO DE AVANCE	GESTIÓN DE LA TECNOLOGÍA	
	No. Acciones	%
COMPLETO	15	50%
EN DESARROLLO	9	30%
ATRASADO	0	0%
NO INICIADO	6	20%
PORCENTAJE DE EJECUCION	50%	
TOTAL, DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2026 POR GRUPO DE ESTANDARES	30	

A corte 30 de junio del 2026 se evidencia un avance de PAMEC para el equipo de autoevaluación de Gestión de la Tecnología del 50%.

5.8. EQUIPO DE ESTÁNDARES DE GERENCIA DE LA INFORMACIÓN

Para el grupo de estándares de Gerencia de la Información se priorizan 4 oportunidades de mejora y 16 acciones de mejora a ejecutar en la vigencia 2026, en la siguiente tabla se relaciona el número de acciones a ejecutar por trimestre.

Tabla No.18. Acciones a ejecutar por el equipo Autoevaluación de Gerencia de la Información

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	PRIMER TRIMESTRE ENERO A MARZO	SEGUNDO TRIMESTRE ABRIL A JUNIO	TERCER TRIMESTRE JULIO A SEPTIEMBRE	CUARTO TRIMESTRE OCTUBRE A DICIEMBRE	TOTAL
GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	4	4	3	5	16

Se verifica el cumplimiento de las actividades a ejecutar para el segundo trimestre de la vigencia del PAMEC 2026, para el Equipo de Autoevaluación Gerencia de la Información, se encuentra:

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 18 DE 22	

Tabla No. 19. Avance segundo trimestre vigencia 2026 Gerencia de la Información

ESTADO DE AVANCE	GERENCIA DE LA INFORMACIÓN	
	No. Acciones	%
COMPLETO	9	56%
EN DESARROLLO	0	0%
ATRASADO	3	19%
NO INICIADO	4	25%
PORCENTAJE DE EJECUCION	56%	
TOTAL, DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2026 POR GRUPO DE ESTANDARES	16	

A corte 30 de junio del 2026 se verifica un avance de PAMEC para el equipo de autoevaluación de Gerencia de la Información del 56%. A continuación, se mencionan las actividades atrasadas:

Tabla No.20. Actividades atrasadas por el equipo Autoevaluación de Gerencia de la Información.

ID	Acción de mejora	Responsable	Estado a 30 de junio del 2026
1698	Ejecutar la medición del indicador identificación y satisfacción de necesidades de información y comunicación.	Deisy Jimena Gutiérrez Pérez- Líder sistemas, Heidi Luz Cusaria-Líder comunicaciones	30 de diciembre del 2026.
1698	Definir acciones de mejora según desviaciones encontradas en el indicador	Deisy Jimena Gutiérrez Pérez- Líder sistemas, Heidi Luz Cusaria-Líder comunicaciones	30 de diciembre del 2026.
1683	Identificación de necesidades tecnológicas	Deisy Jimena Gutiérrez Pérez- Líder sistemas	30 de diciembre del 2026.

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul de Paipa. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul de Paipa.

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 19 DE 22	

5.9. EQUIPO DE ESTÁNDARES DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Para el grupo de estándares de Mejoramiento de la calidad se priorizan 3 oportunidades de mejora y 12 acciones de mejora a ejecutar en la vigencia 2026, en la siguiente tabla se relaciona el número de acciones a ejecutar por trimestre.

Tabla No.21. Acciones a ejecutar por el equipo Autoevaluación de Mejoramiento de la Calidad

EQUIPO DE AUTOEVALUACIÓN	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	CUARTO TRIMESTRE	TOTAL
	ENERO A MARZO	ABRIL A JUNIO	JULIO A SEPTIEMBRE	OCTUBRE A DICIEMBRE	
MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	2	3	2	5	12

Se verifica el cumplimiento de las actividades a ejecutar para el segundo trimestre de la vigencia del PAMEC 2026, para el Equipo de Autoevaluación Mejoramiento de la calidad, se encuentra:

Tabla No. 22. Avance segundo trimestre vigencia 2026 Mejoramiento de la Calidad

ESTADO DE AVANCE	MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	
	No. Acciones	%
COMPLETO	6	50%
EN DESARROLLO	2	17%
ATRASADO	0	0%
NO INICIADO	4	33%
PORCENTAJE DE EJECUCION	50%	
TOTAL, DE ACCIONES PROGRAMADAS PARA LA VIGENCIA 2026 POR GRUPO DE ESTANDARES	12	

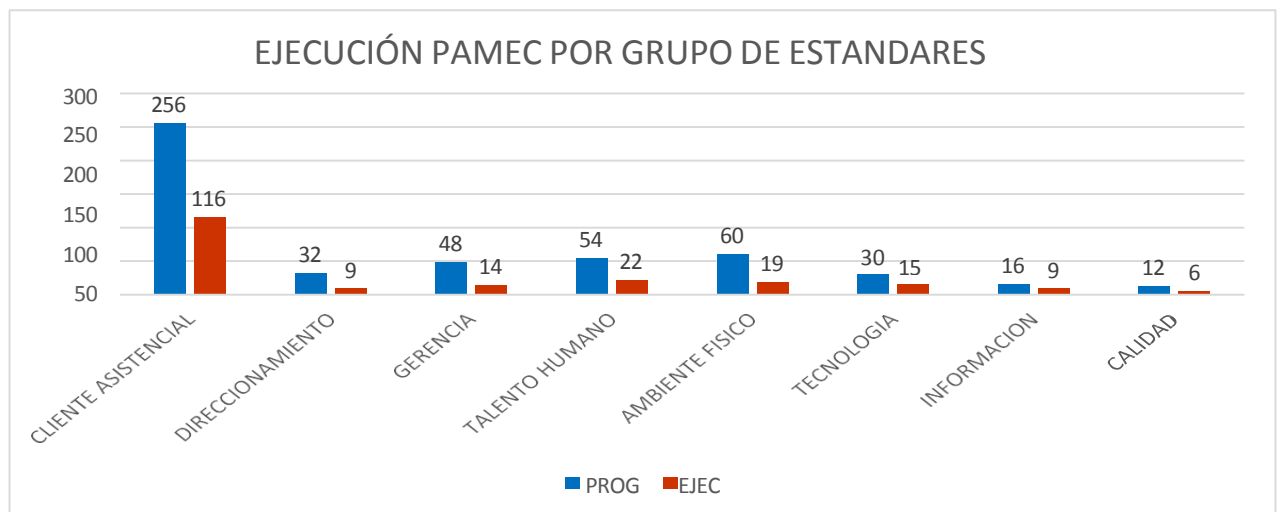
A corte 30 de junio del 2026 se evidencia un avance de PAMEC para el equipo de autoevaluación de Mejoramiento de la calidad del 50%.

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA	NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD	VERSIÓN	01
	INFORME	FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
		PÁG. 20 DE 22	

5.10. DESEMPEÑO PAMEC CON CORTE A PRIMER SEMESTRE – VIGENCIA 2026

EQUIPO AUTOEVALUACIÓN	ACCIONES PROGRAMADAS	ACCIONES EJECUTADAS
CLIENTE ASISTENCIAL	256	116
DIRECCIONAMIENTO	32	9
GERENCIA	48	14
TALENTO HUMANO	54	22
AMBIENTE FISICO	60	19
TECNOLOGIA	30	15
INFORMACION	16	9
CALIDAD	12	6
TOTAL	508	210

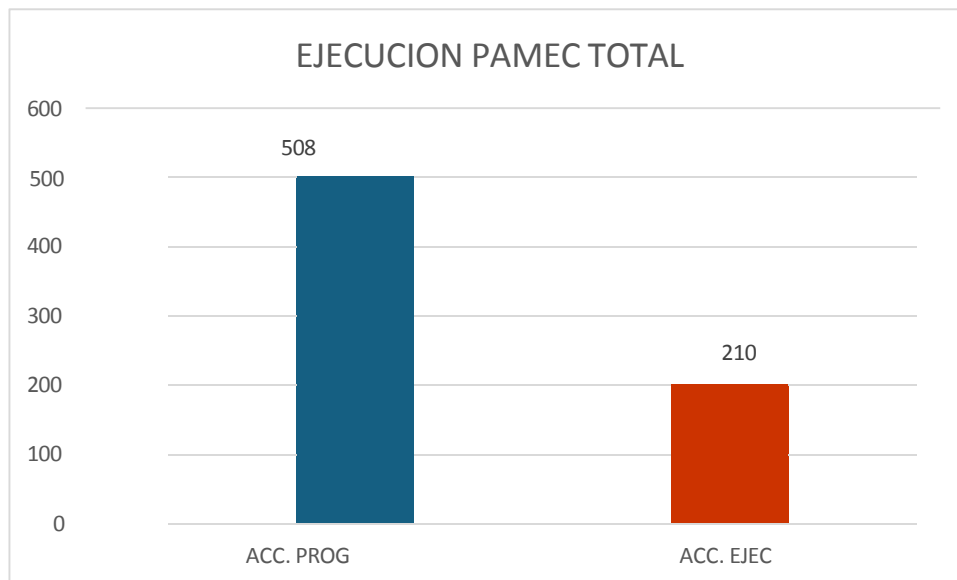
Del total de 508 acciones de mejora a ejecutar, para el primer semestre de la vigencia 2026 se cumplen 210 acciones para un cumplimiento del 100% acorde a los soportes que evidencian el cierre de la actividad, con un **41%** de avance satisfactorio de acuerdo a lo planeado para la vigencia 2026.



 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA	NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD	VERSIÓN	01
	INFORME	FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
PÁG. 21 DE 22			

AVANCE DE EJECUCION PRIMIER SEMESTRE EJECUCIÓN PAMEC 2026

	ACC. PROG	ACC. EJEC	PORCENTAJE
TOTAL	508	210	41%



6. CONCLUSIONES

Del total de 508 acciones de mejora a ejecutar, para el primer semestre de la vigencia 2026 se cumplen 210 acciones para un cumplimiento del 100% acorde a los soportes que evidencian el cierre de la actividad, con un **41%** de avance satisfactorio de acuerdo a lo planeado para la vigencia 2026.

Los resultados del mejoramiento de la calidad son de carácter satisfactorio; resaltamos el compromiso de los diferentes equipos de autoevaluación para el cumplimiento de ejecución de las acciones planeadas para la vigencia; se mantienen y son asegurados en el tiempo en la transformación cultural, teniendo en cuenta procesos que lleven al aprendizaje organizacional y la internalización de los conocimientos, estrategias y buenas prácticas desarrolladas.

 ESTRATÉGICOS	E.S.E HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL DE PAIPA		NIT 891855209-4	
	SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD		ME-GC-F-015	
	GESTIÓN DE CALIDAD		VERSIÓN	01
	INFORME		FECHA DE APROBACIÓN	31/10/2024
			PÁG. 22 DE 22	

La Institución garantiza procesos consistentes con el direccionamiento estratégico, para identificar y responder a las necesidades relacionadas con el ambiente físico, generadas por los procesos de atención y por los clientes externos e internos de la institución, y para evaluar la efectividad de la respuesta

Desde el enfoque de seguridad de la información relacionada con los registros clínicos, sea en medio físico o electrónico, garantiza la calidad, la seguridad y la accesibilidad de los mismos, ya que existen mecanismos estandarizados, implementados y evaluados para garantizar la seguridad y confidencialidad de la información.

El Modelo de Mejoramiento realiza análisis periódico de la información desde los diferentes comités de autoevaluación, donde se pueden detectar variaciones no esperadas o no deseables en el desempeño de los procesos, la institución realiza Análisis de causas y genera acciones de mejoramiento continuo.

Se documenta, socializa la política de gestión de la tecnología en capacitación general y en programa de inducción y reinducción a los colaboradores de la entidad y se mide su adherencia

7. RECOMENDACIONES:

Si bien es cierto el avance es satisfactorio es recomendable avanzar en algunas acciones programadas debido a que en el cuarto trimestre del 2026 se programaron para su ejecución alrededor del 47 % de las actividades para el cumplimiento del PAMEC de la vigencia 2026.

Verificar de forma periódica que el uso seguro de la tecnología, frente a la evaluación e intervención de los principales riesgos de uso de la tecnología disponible en la institución, asociados al uso de tecnología, incluyendo el entrenamiento en seguridad de pacientes, los sistemas de reporte, el análisis de ruta causal, la evaluación de los reportes de Tecnovigilancia, Farmacovigilancia, hemovigilancia y el seguimiento a las acciones de mejora implementadas y a las decisiones de terceros que se toman en relación con la tecnología que se usa; la difusión de información a los colaboradores sobre seguridad del uso de la tecnología y de la prevención de los principales riesgos asociados al uso.

Elaboro: LUIS ALVARO LAROTTA VASQUEZ

Cargo: Jefe de la Oficina de Control Interno

Fecha: 17 de julio del 2026

Este documento es propiedad de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul de Paipa. Prohibida su reproducción por cualquier medio, sin previa autorización de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paul de Paipa.